

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AU COURS DE LA DREPANOCYTOSE SELON LES CRITERES OMS

TRETEMENT OF SICKLE CELL PAIN

DIAKITE AA^{1*}, COULIBALY Y¹, DICKO-TRAORE F¹, TRAORE B¹, TOGO B¹, DEMBELE A¹, SYLLA M¹, SIDIBE T¹, KEITA MM.¹

¹Service de pédiatrie Centre Hospitalo-universitaire Gabriel Touré, Bamako, Mali

Contact : DIAKITE Abdoul Aziz, service de pédiatrie, CHU Gabriel Touré BP : 267, Tel : 00223-674-49-56 Email : doc_abdela@yahoo.fr

RESUME

Notre étude descriptive et analytique a concerné les enfants drépanocytaires formes majeures admis pour crise douloureuse dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako de Janvier 2005 à Janvier 2006. L'objectif principal était d'évaluer l'efficacité du traitement de la douleur par paliers d'analgésiques selon le protocole de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette étude a porté sur 70 enfants drépanocytaires formes majeures des deux sexes, âgés de 6 mois à 15 ans en crise douloureuse. L'efficacité du traitement sous antalgique a été systématiquement évaluée aux heures H2 et H24. Dans 87,1% des cas les douleurs ont été calmées par un antalgique du palier I (Paracétamol) et 12,9% ont nécessité le passage au palier II (Buprenorphine). Chez 64,3% de nos patients les douleurs ont été calmées dans un délai inférieur à 12 heures avec une moyenne de 3 heures contre seulement 35,7% cédées dans un délai supérieur à 12 heures avec une moyenne de 64 heures 3 minutes. Les douleurs lombaires et les céphalées ont été les plus sensibles au traitement. L'automédication antalgique à domicile n'a pas eu d'impact réel sur la sédation des crises.

Mots-clés : Drépanocytose – Douleurs -Analgésiques –OMS

SUMMARY

Objectifs: evaluate the efficiency of the treatment of pain by analgesic according to World Health Organization (WHO)

Patients and methods: We made a descriptive and analytic study in major

Sicklers in pain crisis admitted in the service of paediatric of the hospital Gabriel Touré

Bamako from January 2005 to January 2006. The efficiency of the treatment by painkiller

Evaluated at second hour and at the 24 hour

RESULTS: Our study concerned 70 children with major of sickle cell of both sexes and aged from 6 to 15 years in pain crisis. In 87.1% pain disappeared with painkillers palier I (paracetamol) and 12,9% had necessitated to pass to palier II (buprenorphine) an 64,3% our patients the pain disappeared in a period less than 12 hours with an average of 3 hours against only 35,7% soothed in a period more than 12 hours with average of 64 hours 3 minutes. Pain from the head and lumbalregion were the most sensible to the treatment.

CONCLUSION: the treatment of pain by palier according to who is efficient in children sickler.

KEYS-WORDS: SICKLE CELL- PAIN- ANALGESIC-WHO

INTRODUCTION

La drépanocytose majeure ou sicklanémie est une affection héréditaire caractérisée par une anomalie structurale de l'hémoglobine responsable d'un processus de polymérisation en situation de désoxygénation [1, 2]. Elle constitue une véritable maladie de la douleur et est à l'origine des crises douloureuses répétées parfois insupportables, redoutées des parents et souvent insuffisamment traitées [3]. Au Mali, la prévalence de la drépanocytose est estimée à 12% en moyenne dont 1 à 3 % pour la forme majeure [4]. La crise douloureuse est la première cause d'admission des drépanocytaires à l'hôpital et est le symbole même de la douleur violente en pédiatrie dans les pays tropicaux. Il nous a paru donc nécessaire de mener une étude dans le but d'évaluer la méthode de traitement de la douleur par paliers d'analgésiques dans la crise douloureuse drépanocytaire chez l'enfant dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré de Janvier 2005 à Janvier 2006.

PATIENTS ET METHODES :

Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique chez les enfants drépanocytaires formes majeures âgés de 6 mois à 15 ans admis dans le service pour crise douloureuse drépanocytaire sur la période allant de Janvier 2005 à Janvier 2006. Ont été recueillis : l'âge, le sexe, le type de douleur ; le délai de sédation de la crise ; les signes

cliniques et les facteurs déclenchant la crise. Nous avons utilisé deux méthodes d'évaluation de la douleur en fonction de l'âge de nos patients: l'hétéro-évaluation a concerné les enfants de moins de 6 ans, faite à l'aide de l'échelle DEGR (douleur enfant Gustave Roussy) qui définit la douleur par trois items : l'atonie psychomotrice, positions antalgiques et plaintes. Après l'analyse et l'évaluation des différents items, nous avons déterminé le score DEGR de l'enfant qui a été reporté sur la fiche individuelle de renseignement et de suivi. Les résultats ont été codifiés comme suit : Douleur modérée si DEGR \leq à 16 et douleur intense si DEGR $>$ à 16.

L'auto-évaluation a concerné les enfants de plus de 6 ans, faite à l'aide de l'échelle EVA (échelle visuelle analogique). Dans ce cas nous avons demandé à l'enfant de situer lui-même l'intensité de sa douleur sur une échelle, à l'aide d'une règle que nous avions à notre disposition. Les résultats ont été codifiés comme suit : Douleur modérée si EVA \leq à 5 et douleur intense si EVA $>$ à 5. Les douleurs modérées dans notre étude regroupaient les douleurs faibles à modérées et les douleurs intenses correspondaient aux douleurs sévères. Ces échelles de douleur ainsi que l'examen clinique nous ont permis d'avoir une approche du degré de souffrance de nos patients. Le traitement de la douleur a été fait par paliers d'analgésiques selon la classification de l'OMS.

Les critères d'évaluation étaient l'intensité de la douleur et le délai de sédation des crises. Les résultats ont été exprimés de la manière suivante : bon pour un délai de sédation \leq à 6 heures ; passable pour un délai de sédation $>$ à 6 heures et mauvais pour un délai $>$ à 12 heures. Les données recueillies étaient saisies et analysées sur le logiciel Epi- info version 6,04 CDC/OMS. Nous avons utilisé le test de Khi2 pour la comparaison des proportions. La valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.

RESULTATS

Durant la période d'étude allant de Janvier 2005 à Janvier 2006 ont été admis 70 malades drépanocytaires formes majeures des deux sexes, âgés de 6 mois à 15 ans en crise douloureuse. La tranche d'âge de 6 mois -5 ans a été la plus représentée avec 44,3%. Le sexe masculin prédominait avec 52,9% soit un sex ratio de 1,1 en faveur des garçons. Les facteurs déclenchants de la crise a été la fièvre avec 38,6% et l'effort physique avec 32,8%(Tableau I).

Dans notre échantillon à H0 la majorité des crises était modérée soit 62,9% suivies de crises intenses avec 37,1%. La durée du traitement a été de 4 jours en moyenne selon la gravité de la symptomatologie douloureuse. Dans 87,1% des cas de douleur ont été calmés par un antalgique du palier I (Paracétamol) et 12,9% ont nécessité le passage au palier II. Chez 64,3% de nos patients les douleurs ont été cédées dans un délai inférieur à 12 heures avec une moyenne de 3 heures contre seulement 35,7% cédées dans un délai supérieur à 12 heures avec une moyenne de 64 heures 3 minutes. Les douleurs lombaires et les céphalées se sont avérées les plus sensibles au traitement (Tableau II).

DISCUSSION

Au cours de notre étude, l'âge moyen des patients a été de 2 ans plus 3 mois avec des extrêmes de 6 mois et de 15 ans. La tranche d'âge 0 à 5 ans était la plus représentée avec 44,3% suivie par celle de 6 à 10 ans avec 35,7%. Dans d'autres études comme celles de Thuilliez et al en 1987 [5] et Eloundou [6] une prédominance de la tranche d'âge 6 à 15 ans a été observé soit 63,33%. Il en est de même pour celle Tall et al [7] et De Montalembert [8]. En effet la crise douloureuse drépanocytaire frappe surtout l'enfant d'âge scolaire ; mais il n'est pas exclu de la rencontrer avant cet âge. Le sexe masculin était prédominant dans notre échantillon avec 52,9% de cas suivi du sexe féminin avec 47,1% de cas soit un sex ratio de 1,1 en faveur du sexe masculin. Des taux comparables aux nôtres ont été auparavant observés par Diallo [9] en 2004 soit 54,5%, Pichard et al. [10] au Mali ont trouvé une nette prédominance masculine avec 70%. Par contre Eloundou [6] en 2002 a trouvé une prédominance féminine au cours de son étude soit 58,3%. L'étude récente de Dioné [11] a retrouvé que le sexe masculin était autant représenté que le sexe féminin avec 50% chacun. Dans notre étude 72% des enfants étaient les seuls drépanocytaires majeurs dans leur fratrie. Eloundou et Diallo [9] ont trouvé des résultats proches avec respectivement 65% et 69% des cas. L'âge de la première crise douloureuse était situé dans la majorité des cas autour de 6 mois soit 31,3%. Ce résultat est similaire à celui de Eloundou [6] (38,2%). La majorité des crises

douloureuses soit 51,4% débutait la nuit et le facteur déclenchant le plus souvent retrouvé était la fièvre avec 38,6%, favorisée dans notre contexte par l'endémie palustre.

A l'admission (H0) la majorité des crises était modérée soit 62,9%, suivies de crises intenses 37,1%. Puis en réponse au traitement, nous avons noté une diminution progressive de l'intensité de la crise douloureuse avec à H24 (87,1%) de crises modérées. La majorité des douleurs 64,3% a été calmée dans un délai de 1 et 12 heures et avec un délai moyen de 3 heures. L'étude Eloundou [6] a trouvé les résultats similaires avec 63% de douleurs calmées dans un délai compris entre 2 et 12 heures et une moyenne de 5 heures 34 mn. La durée du traitement (correspondant à la disparition complète de la symptomatologie douloureuse c'est-à-dire à la guérison de la crise) a été de 4 jours en moyenne. Elle est proche de Eloundou [6] qui a trouvé en moyenne 3 jours. La majorité des douleurs (87,1%) ont été calmé par les antalgiques du palier I et 12,9% ont nécessité le passage aux antalgiques du palier II. Dès l'administration des antalgiques de ce palier les douleurs ont été calmées dans un délai moyen de 9 heures 55 mn. L'étude de Eloundou [6] a trouvé des résultats similaires ; avec 81,6% des crises soulagées par les analgésiques du palier I et 18,3% ayant nécessité le passage aux analgésiques du palier II. La sédation de la douleur est survenue au bout de 2 heures en moyenne. Sangaré et al [12] lors d'un essai thérapeutique à base de Buprénorphine ont obtenu un délai de sédation de 2 jours chez 84% tandis que Bègue et Castello-Hebreteau [4] rapportent une durée de traitement de 4 à 5 jours. Gbadoe et al [13] comme nous, ont eu recours aux antalgiques des paliers I et II avec de bons résultats.

Par contre dans les pays occidentaux, ce protocole de l'OMS fait très souvent mention de son palier III avec l'accès plus facile aux morphines en cas de nécessité. Certains auteurs ont rapporté que la sédation dépendait de plusieurs facteurs [14]. Nous avons recherché l'influence de certains d'entre eux en analysant leur impact sur notre échantillon et nous avons constaté que la sédation des douleurs était d'autant plus rapide que leur intensité était faible. Les échelles d'évaluation de la douleur prennent ici toute leur importance, la mesure de l'intensité de la douleur permet une meilleure prise en charge. Les céphalées et les douleurs lombaires étaient les plus sensibles au traitement avec une sédation plus courte respectivement de 1 heure et 6 heures. L'étude de Eloundou [6] avait trouvé des résultats comparables avec les douleurs abdominales et thoraciques qui étaient les plus sensibles au traitement avec un délai moyen respectif de 5heures 33 mn et 7heures. Les douleurs ostéo-articulaires et osseuses sont relativement moins sensibles au traitement comparativement aux précédents, avec un délai moyen de sédation respectif de 21 heures 3 mn et 37 heures 5mn. Cette différence pourrait être due à la mobilisation fréquente de ces régions. Les douleurs associées et les algies généralisées semblent être moins sensibles au traitement avec un délai moyen de sédation respectif de 33 heures et 30 heures 9 mn. La comparaison des niveaux de sédation des patients ayant fait une automédication et ceux n'ayant pas fait ne nous a pas permis de trouver une différence statistiquement

significative entre ces deux groupes. Cela nous permet d'affirmer que l'automédication antalgique à domicile n'a pas d'impact réel sur la prise en charge hospitalière des crises douloureuses drépanocytaires. En effet, dans notre contexte africain, cette automédication est souvent mal faite avec des doses insuffisantes et des horaires de prise non respectés. Par contre en Europe et aux Etats-Unis, cette automédication antalgique connue sous le terme d'analgésie autocontrôlée est mieux systématisée. Elle donne de bons résultats à domicile ; selon Shapiro et al [15] qui rapporte que 89% de crises douloureuses sont traitées et guéries à domicile .Elle a aussi dans ce cas, une influence positive sur l'éventuelle poursuite du traitement à l'hôpital notamment lors des crises graves comme le mentionne Bachir [16].

CONCLUSION

Au terme de notre étude relative à la prise en charge de la crise douloureuse drépanocytaire dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré de Bamako, nous n'avons utilisé que les antalgiques du palier I et II. Cette étude nous a permis de confirmer l'efficacité de cette méthode de traitement de la douleur proposée par l'OMS dans les crises douloureuses drépanocytaires.

Tableau I : Répartition des patients selon les facteurs déclenchant la crise

Facteurs déclenchants	Effectif	Pourcentage
Fièvre	27	38,6
Effort physique	23	32,8
Froid	7	10
Inconnu	13	18,6

Tableau II : Le délai et le niveau de sédation des crises

Délai de sédation (heures)	Effectif	Pourcentage
≤ 6	42	60
>6 et ≤12	3	4,3
>12	25	35,7

REFERENCES

1. N.Aloui, N Nessib, H.Darghouth, I.Baccouche, M.Sayed, I.Bellagha, F.Ben Chehida, M.Ben Ghachem, A.Hammou. Apport de l'IRM dans les douleurs osseuses fébriles : étude comparative entre crises vaso-occlusives chez le drépanocytaire et l'ostéomyélite aigue. WWW.biam2.org/biam.WWW
 2. M. Mbensa et A. Bolamba. La morbidité dans la drépanocytose majeure en milieu urbain de Kinshasa, Zaïre. Méd. d'Afrique noire : 1981,28(5).

3. P. Begue & B.Castello-Herbreteau. La drépanocytose de l'enfant à l'adolescent. Prise en charge en 2001. Bull Soc Pathol. Exot, 2001 94, 2 ; 85-89.
 4. M .Sangaré. Enquête cap des prestataires des centres de santé sur la prise en charge de l'enfant drépanocytaire à Bamako. Thèse méd. Bamako : 05-M-15.
 5. V.Thuilliez, V.Ditsambou, JR.Mba, Mba. Meyo. S, J.Kitengue. Aspects actuels de la drépanocytose chez l'enfant au Gabon. Arch. Pédiatre 1996 ; 3 :668-74.
 6. C. O .Eloundou. Prise en charge de la crise douloureuse drépanocytaire selon les critères de L'OMS. Une étude en milieu hospitalier pédiatrique à Libreville. Thèse méd. Bamako : 02-M-32.
 7. F.Tall , P.Agranat, O.Traoré , B.Nacro , A.Traoré. La maladie drépanocytaire en milieu pédiatrique burkinabé. Drépanocytose et santé publique 1990 :165-74.
 8. M. De Montalembert, M.Guilloud. Bataille, J. Feingolde, R. Girot. Etude épidémiologique et clinique de la drépanocytose en France, Guyane Française et Algérie. Eur. J. Haematol; 1993; 51:136-40.
 9. D. Diallo. Suivi des enfants drépanocytaires de 0-15 ans dans le service de pédiatrie du CHU GT. Thèse méd. Bamako : 04 -M - 16.
 10. E.Pichard, B.Duflo, S.Coulibaly, B.Mariko, J.L.Mosempes, H.A.Traoré, A.D.Diallo. Evaluation de l'efficacité des traitements au cours des crises douloureuses ostéo-articulaires de la drépanocytose : exemple de la pentoxifylline. Bull .Soc.Path.Ex, 1987, 80 :834-40.
 11. L .Dioné Les activités de l'unité fonctionnelle de prise en charge et de suivi des enfants drépanocytaires : Bilan d'une année au service de pédiatrie du CHU-GT. Thèse ; Méd. 2007
 12. A.Sangaré, K.G.Koffio, L.Sanogo, A.H.Touré, A.Allangba, A.Tolo, F.H.Coulibaly, N'Dhats, J.P.Elenga. Essai thérapeutique de la Buprénorphine (Temgésic) dans le traitement des crises douloureuses drépanocytaires. Méd. Afr. Noire 1998,45(2) :138-43.
 13. A.D.Gdadoe, N.Kampatibe, B.Bakonde, J.K.Assimadi*, K.Kessie. Attitudes thérapeutiques chez le drépanocytaire en phase critique et inter critique au Togo. Méd. d'Afrique Noire : 1998,45 (3).
 14. A.Sangaré, K.G.Koffio, O.Allangba, A.Tolo, F.H.Coulibaly, N'Dhats, I.Sanogo, A.H.Touré. Etude comparative du Ketoprofène et de la Buprénorphine dans le traitement des crises douloureuses drépanocytaires. Méd. Afr. Noire, 1997,44(12) :677-83.
 15. B.S. Shapiro, D. E. Cohen, C.J. Howe. Analgie contrôlée par le patient drépanocytaire en crise douloureuse. J Pain Sympt Manag., 1993, 8, 22-28.
 16. Bachir. D. Prise en charge de l'adulte drépanocytaire. Path. Biol; Janv.1999, 47:39-45.